軽費老人ホーム　ケアハウスはごろも　募集のしおり

（1）　軽費老人ホーム　ケアハウスとは

ケアハウスはごろもは、60 歳以上の方が安心して、明るくいきいきと暮らせる老人福祉施設です。自炊が難しいなどにより一人暮らしに不安がある方が、これまでの生活を大切にしながら、新しい仲間とともに暮らせる住まいです。

私たちは「自分らしく、ともに暮らす」を理念に、入居者の皆さまが主体となってクラブ活動や交流活動を楽しみ、日々のちょっとした助け合いを通じて、明るく自立した暮らしを続けていただける場を目指しています。

（2）　自立した生活を続けるために

①　家事、散歩、お買い物は自由に行えます。
②　お仕事やボランティア活動も続けられます。
③　クラブ活動や入居者同士の交流は、皆さまで協力しながら行います。
④　食堂や集会室などの共有スペースも、皆さまで協力してご利用いただけます。
⑤　地域との交流やイベントは、スタッフもサポートします。

（3）　主なサービス

①　食堂での栄養バランスを考えた食事提供
②　大浴場のご利用
③　生活相談（要介護認定などの情報提供）
④　緊急時の救急車や訪問診療への連絡

※スタッフは、入居者の「できること」を大切にして、伴走者としてサポートします。
※介護や食事の配膳、救急車の同乗、通院付き添い等が必要な場合は、
　介護保険サービスなどをご利用ください。

（4）ご利用できる方

①　６０歳以上の自立した生活が可能な方

※生活保護受給の方、認知症や精神疾患のある方の受け入れは行っておりません。

（5）建物設備

① ４階建て（居室は２～４階・スプリンクラーなど防災設備あり）
② 居室（定員１００名）：個室８６室、夫婦部屋７室、（トイレ、キッチン、浴室付）
③ 交流スペース：食堂、集会室（各階）
④ 共有スペース：大浴場、洗濯室

（６）お申し込み方法

① 保証人（緊急時対応が可能な方）2 名が必要です。
② 入居申込書・健康診断書を当施設宛てに郵送してください。
③ 面接時は、ご本人と保証人１名以上でご来所ください。薬手帳もご持参ください。

ケアハウス利用料金予定表（1 人月額目安）

収入により利用料金が決まります。食事代とお部屋代の概ねの金額です。

収　入　区　分	基本利用料合計額の目安	内訳		
		サービスの提供に要する費用	生活費	居住に要する費用
1,500,000 円以下	７８,６９０円	１０,０００円	４６,０９０円	２２,６００円 ※階・方角で多少の差額があります。 （夫婦部屋は、４６，１６０円～５１，２５０円／１部屋）
1,500,001 円～1,600,000 円	８１,６９０円	１３,０００円		
1,600,001 円～1,700,000 円	８４,６９０円	１６,０００円		
1,700,001 円～1,800,000 円	８７,６９０円	１９,０００円		
1,800,001 円～1,900,000 円	９０,６９０円	２２,０００円		

1,900,001 円 ～2,000,000 円	９３,６９０円	２５,０００円		
2,000,001 円 ～2,100,000 円	９８,６９０円	３０,０００円		
2,100,001 円 ～2,200,000 円	１０３,６９０円	３５,０００円		
2,200,001 円 ～2,300,000 円	１０８,６９０円	４０,０００円		
2,300,001 円 ～2,400,000 円	１１３,６９０円	４５,０００円		
2,400,001 円以上	１１６,３９０円	４７,７００円		

1．「利用料金」は、国・都の基準変更等により、金額が変更となる場合があります。

2．居室で使用された公共料金（電気・水道等）や介護サービス利用料は各自の負担です。

3．上記利用料に合わせて、冬季加算（１１月～３月、月額２，１３０円）の負担があります。

4．入居時に、３０万円（ご夫婦は４５万円）を一時金としてお預かりします。

5．ご夫婦の場合は、夫婦の対象収入を合わせて２で割った額が１人の収入区分です。

（様式１）　　**軽費老人ホーム ケアハウスはごろも　入居申込書**

記入日　令和　　年　月　日

該当するところには〇をつけて、必要に応じて文字を書き入れてください。

<table>
<tr><td>入居方法</td><td colspan="4">単身　・　夫婦</td></tr>
<tr><td rowspan="2">入居
希望者</td><td rowspan="2">ふりがな
氏　名：</td><td>生年
月日</td><td colspan="2">昭和　　年　　月　　日
（　　才）</td></tr>
<tr><td>性別</td><td colspan="2">男　・　女</td></tr>
<tr><td rowspan="2">住所</td><td colspan="2">〒　　－</td><td>電話</td><td colspan="2">－　　－</td></tr>
<tr><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>入居希望の
理由</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>自主的な
活動</td><td colspan="4">クラブ活動や地域交流活動へ参加：　　否　　・　　可
（具体的に：　　）</td></tr>
<tr><td>共同生活の
協力</td><td colspan="4">他の入居者との共同生活の協力の意思：　否　　・　　可
（具体的に：　　）</td></tr>
<tr><td>健康保険</td><td colspan="4">後期　・　国保　・　社保　・　その他（　　）</td></tr>
<tr><td>介護保険</td><td colspan="4">無　・　有　→（　自立　要支援１・２　要介護１・２・３・４・５　）</td></tr>
<tr><td>現在利用の
介護
サービス</td><td colspan="4">無　・　有　→通所介護・通所リハ（週　　回）
訪問介護（週　　回）　・　訪問看護（週　　回）
その他（　　）</td></tr>
<tr><td>障害者手帳</td><td colspan="4">無　・　有　→（　　障害　　種　　級）</td></tr>
<tr><td>視力</td><td colspan="4">普通に見える・　支障あり→（具体的に：　　）
メガネの使用：無・有</td></tr>
<tr><td>聴力</td><td colspan="4">普通に聞こえる・支障あり→（具体的に：　　）
補聴器：無・有</td></tr>
<tr><td>歩行移動</td><td colspan="4">普通に歩ける・　支障あり→（具体的に：　　）
補助具：無・有→（杖・シルバーカー・歩行器・車椅子・他（　　））</td></tr>
<tr><td>会話</td><td colspan="4">普通に行える　・支障あり→（具体的に：　　）</td></tr>
<tr><td>日中活動</td><td colspan="4">家事行っていない・行っている→（　洗濯・掃除・買い物・料理　）
その他、日中に行っていること：</td></tr>
<tr><td>飲　酒</td><td colspan="4">無　・　有　→（週　　日　／　１日の飲酒量　　くらい　）</td></tr>
<tr><td>喫煙</td><td colspan="4">無　・　有　→（１日：　　本）</td></tr>
</table>

既往歴	病名１：　　(　　年　　月頃)	
	病名２：　　(　　年　　月頃)	
	病名３：　　(　　年　　月頃)	
治療中の病気	病名１：	
	病名２：	
	病名３：	
精神疾患	無　・　有　→（病名　　年　　月頃）	
認知症の症状	無　・　有　→（具体的に：　　）	
収入	年　金	種類：　　年額：　　円 種類：　　年額：　　円
	恩給等	種類：　　年額：　　円
	給　与	勤務先：　　月額：　　円
	不動産収入	種類：　　月額：　　円
	利子・配当収入	種類：　　月額：　　円
	その他の収入	種類：　　月額：　　円
前年の課税	所得税	年額：　　円
	住民税	年額：　　円
家族	配偶者	有　・　無　→（未婚・死別・離婚）
	子　供	無　・　有　→（男　　人・女　　人）
	兄弟・姉妹	無　・　有　→（兄　　人・弟　　人・姉　　人・妹　　人）
保証人及び緊急対応（主）	氏名：　　（ふりがな：　　）　続柄： 住所： 電話：　　－　　－　　携帯電話：　　－　　－	
	夜間緊急時の対応の可否：　可　・　否 金銭や書類管理の代行　：　可　・　否	
保証人及び緊急対応（副）	氏名：　　（ふりがな：　　）　続柄： 住所： 電話：　　－　　－　　携帯電話：　　－　　－	
	夜間緊急時の対応の可否：　可　・　否 金銭や書類管理の代行　：　可　・　否	
住居状況	持ち家（本人・家族）・借家・賃貸マンション・賃貸アパート・社宅・寮	
同居状況	１．単身　　２．同居（　　人）	
その他		

【お問合せ・提出先】

〒123-0841　東京都足立区西新井５－３４－１　ケアハウスはごろも

TEL：０３－５８３７－８９１０　FAX：０３－５８３７－８９１１

（様式　2）　　ケアハウスはごろも　健康診断書

<table>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td colspan="2">男　・　女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="5">昭和　　年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>既往歴</td><td colspan="5">１（傷病名：　　発病年月日　　年頃　）
２（傷病名：　　発病年月日　　年頃　）
３（傷病名：　　発病年月日　　年頃　）</td></tr>
<tr><td>現在治療中の傷病</td><td colspan="5">１（傷病名：　　発病年月日　　年頃　）
２（傷病名：　　発病年月日　　年頃　）
３（傷病名：　　発病年月日　　年頃　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">計測</td><td>身長体重</td><td colspan="4">身長（　　cm）・体重（　　kg　）</td></tr>
<tr><td>視　力</td><td colspan="4">右（　　）・左（　　）</td></tr>
<tr><td>血圧脈拍</td><td colspan="4">血圧（　　／　　）・脈拍（　　／分）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">感染症等</td><td>胸部レントゲン（結核等）</td><td colspan="4">無　・有（所見　　）</td></tr>
<tr><td>Ｂ型肝炎</td><td colspan="4">無　・有（所見　　）</td></tr>
<tr><td>Ｃ型肝炎</td><td colspan="4">無　・有（所見　　）</td></tr>
<tr><td>梅　毒</td><td colspan="4">無　・有（所見　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">皮膚疾患</td><td colspan="4">無　・有（所見　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">尿検査</td><td colspan="4">糖（　　）・蛋白（　　）・ウロビリノーゲン（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">精神疾患</td><td colspan="4">無　・有（病名　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">認知症</td><td colspan="4">無　・有（病名　　）
（症状　　軽度・　中度　・　重度　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">その他、所見</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

上記のとおり診断します。
令和　　年　　月　　日

医療機関名
所在地
担当医師名　　印